

การศึกษาสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

A study of the Competence of Prevention and Control Coronavirus disease 2019 (Covid-19) among Village Health Volunteers (VHVs)

ยุพดี ตริชาลา*, สุ่มทนา กลางคาร, จารูวรรณ วิโรจน์
Yupadee Treechala*, Sumattana Glangkarn, Jaruwan Viroj

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
Faculty of Public Health, Mahasarakham University

*Correspondence to: yupadee.fha1993@gmail.com

Received: Jul 19, 2022 | Revised: Sep 24, 2022 | Accepted: Oct 26, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประชากรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 19,737 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่น 0.71 และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบ t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า อสม. มีความรู้เรื่องโรค COVID-19 ระดับปานกลาง มากที่สุด ร้อยละ 61.25 (Mean = 15.59, S.D. = 1.37, Min = 11, Max = 20) ระดับทักษะในการป้องกันโรค COVID-19 ของ อสม. พบว่า เกือบทั้งหมดมีทักษะในระดับสูง ร้อยละ 99.25 (Mean = 14.77, S.D. = 0.77, Min = 8, Max = 15) ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองของ อสม. ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้เรื่องโรค COVID-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.066$, $P = 0.040$) อสม.ที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน มีความรู้เรื่องโรค COVID-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.273$, $P = 0.024$) อสม.ที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน มีบทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันโรคและควบคุมโรค COVID-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.901$, $P = 0.001$) สรุปผลการศึกษา พบว่า อสม.มีสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ทั้งด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านพฤติกรรม ด้านบทบาทหน้าที่ และควรส่งเสริมทักษะของ อสม.ในการชักชวนการรับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 เพื่อเพิ่มสมรรถนะของ อสม. ให้มากขึ้น

คำสำคัญ: สมรรถนะ, การป้องกัน, ควบคุมโรค, ไวรัสโคโรนา 2019, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This study was survey research, aimed at studying the competition for prevention and control of COVID-19 among Village Health Volunteers (VHVs), 19,737 people used stratified sampling and had 400 samples. Collected data were used a quantitative questionnaire verified by three experts with a reliability of 0.71 and qualitative questionnaires, analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, average, standard deviation, and analytical statistics to compare t-tests and contents analysis.

Finding, most of VHVs had knowledge of COVID-19 at a moderate level of 61.25% (Mean = 15.59, S.D. = 1.37, Min = 11, Max = 20), almost all of the VHVs had high skill level (99.25%) (Mean = 14.77, S.D. = 0.77, Min = 8, Max = 15). Comparison of the self-defense behavior of the VHVs in the situation of the COVID-19 epidemic with the different marital status was a statistically significant difference in knowledge of COVID-19 ($t = 2.066$, $P = 0.040$). VHVs with different working experiences was a statistically significant difference in knowledge of COVID-19 ($t = -2.273$, $P = 0.024$). VHVs with different working experiences in social roles of prevention and control of COVID-19 were significantly different ($t = 2.901$, $P = 0.001$). Conclusion of this study revealed that the VHVs have competence in the prevention and control of COVID-19 in terms of knowledge, skills, behaviors, roles, and duties and should improve VHVs' skills in soliciting for COVID-19 vaccination to increase VHV's performance.

Keywords: Competence, Prevention, Control, Coronavirus, Village Health Volunteers (VHVs)

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019) หรือ โควิด-19 มีผู้ป่วยและเสียชีวิตทั่วโลกจำนวนมาก⁽¹⁾ ติดผ่านระบบทางเดินหายใจจากสิ่งคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย เป็นต้น โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางระหว่างสาธารณสุขประเทศ⁽²⁾ และประเทศไทยประกาศเป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558⁽³⁾

ข้อมูลการระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยทั้ง 3 รอบ โดยในรอบ 1 (ปี 2563) ผู้ติดเชื้อ 6,772 ราย เสียชีวิต 67 ราย เสียชีวิต ร้อยละ 0.82 รอบ 2 (มกราคม-มีนาคม 2564) ผู้ติดเชื้อ 21,035 ราย เสียชีวิต 27 ราย เสียชีวิต ร้อยละ 0.13 และรอบ 3 (เมษายน 2564) ผู้ติดเชื้อ 17,780 ราย เสียชีวิต 16 ราย เสียชีวิต ร้อยละ 0.10 การติดเชื้อและแพร่ระบาดจากสถานบันเทิง บ่อนพนัน สนามมวย ชุมชน ตลาด และจากคนในครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคโควิด-19

มีอายุเฉลี่ยที่แตกต่างกัน โดยในรอบ 1 เฉลี่ย 58 ปี รอบ 2 เฉลี่ย 64 ปี และ รอบ 3 เฉลี่ย 56 ปี โดยการระบาดในรอบ 3 ยังพบว่า ร้อยละ 50 ของผู้เสียชีวิตเกิดจากการติดเชื้อในครอบครัว⁽⁴⁾

การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การลดอัตราการติดเชื้อและเสียชีวิตด้วยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคให้กับประชาชน⁽⁵⁾ เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถควบคู่พร้อมการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและเฝ้าระวังโรค โดยดำเนินการทั้งเชิงรับและเชิงรุกครอบคลุมทุกพื้นที่ ซึ่งมีบุคลากรสาธารณสุขและเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)⁽⁶⁾ หมู่บ้านละประมาณ 18-20 คน⁽⁷⁾ ซึ่ง อสม.เป็นผู้มีจิตอาสา เสียสละปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และผู้นำชุมชน เป็นด่านหน้าการเฝ้าระวังและควบคุมโรคเชิงรุกให้ประชาชนปลอดภัยจากโรคโควิด-19⁽⁸⁾ ทั้งการเคาะประตูเยี่ยมบ้าน การตรวจสุขภาพ การให้ความรู้ประชาชน การวัดอุณหภูมิ สังเกตอาการ การบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและรายงานผลให้บุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง⁽³⁾ ส่วนร่วมดำเนินการในโรงพยาบาล เชิญชวนคนในชุมชนรับวัคซีนโควิด-19⁽⁴⁾ เป็นภารกิจสำคัญของอสม.

อสม. เป็นทุนทางสังคม (Social Capital) ที่สำคัญของระบบสุขภาพ ในการเข้าถึงทางสาธารณสุขสู่ประชาชนเพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่เป็นการปฏิบัติบทบาทหน้าที่เชิงรุกในพื้นที่ด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจ ภายใต้แรงจูงใจปลอดภัยการติดเชื้อ COVID-19⁽⁸⁾ อสม.จึงต้องมีสมรรถนะ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และบทบาททางสังคม เพื่อการปฏิบัติงานเกิดคุณภาพ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด ซึ่งการศึกษา

ของธัญญาสิริ ฉันทยสวัสดิ์ และคณะ⁽⁹⁾ พบว่ามีบทบาทอย่างยิ่งทางด้านสาธารณสุข การศึกษาของภูติทิ เตชาดิวัฒน์ และคณะ⁽¹⁰⁾ กิตติพร เนาวสุวรรณ และคณะ⁽¹¹⁾ และชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา และคณะ⁽¹²⁾ สอดคล้องกัน จึงเห็นว่า อสม.มีบทบาทมากในการป้องกันโรค COVID-19 แม้ว่ามีข้อจำกัดบางประการ

ดังนั้น สมรรถนะของ อสม.ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ซึ่ง อสม. ต้องมีสมรรถนะด้านความรู้ การตระหนักในบทบาทหน้าที่ สมรรถนะในการให้คำปรึกษา และสมรรถนะในบทบาทการทำงานที่ การประสานเครือข่าย การรับรู้ความรุนแรงของโรคและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในชุมชน เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ให้เกิดประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดมหาสารคาม

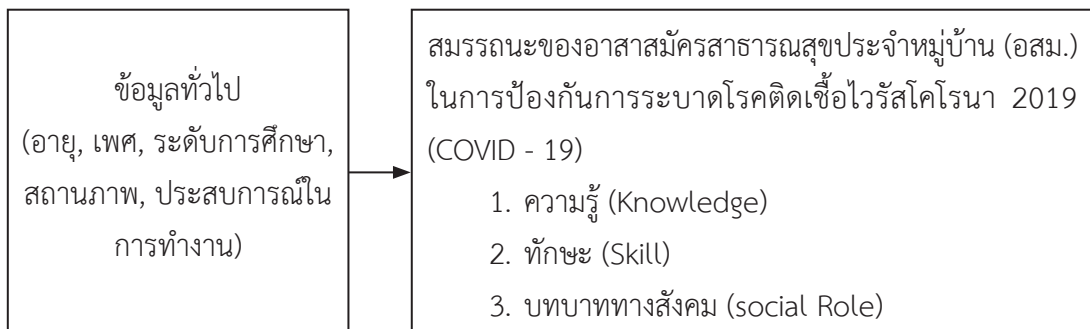
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความรู้ของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในจังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาทักษะการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของ อสม. ในจังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาบทบาททางสังคมการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของ อสม. จังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น (Independent Variables)

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)



วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เก็บข้อมูลจาก อสม. ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 19,737 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ได้จำนวน 400 คน ศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564 – มกราคม 2565

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ และประสบการณ์ในการทำงาน ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามด้านป้องกันโรค 16 ข้อและด้านควบคุมโรค 4 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ ทั้งแบบเปิดและแบบปิด เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนที่ 3 ทักษะการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ ทั้งแบบเปิดและแบบปิดโดยอ้างอิงเกณฑ์การให้คะแนน (ของ Bloom)⁽¹³⁾ ตอบทำได้ ให้ 1 คะแนน ตอบทำไม่ได้ ให้ 0 คะแนน แบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ ระดับสูง หมายถึง ได้ 14-15 คะแนน (ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง หมายถึง ได้ 12-13 คะแนน (ร้อยละ 60.0 – 79.9) ระดับต่ำ หมายถึง ได้ 0-11 คะแนน

(ต่ำกว่าร้อยละ 60.0) ส่วนที่ 4 บทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบตรวจสอบรายการ ทั้งแบบเปิด และแบบปิด แบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ โดยการเติมค่าลงในช่องว่าง เกณฑ์การให้คะแนน ตอบทำให้ 1 คะแนน ตอบไม่ทำให้ 0 คะแนน แบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์ 3 ระดับ (ของ Bloom)⁽¹³⁾ ระดับสูงหมายถึง ได้ 5-6 คะแนน (ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง หมายถึง ได้ 3-4 คะแนน (ร้อยละ 60.0 – 79.9) ระดับต่ำ หมายถึง ได้ 0-2 คะแนน (ต่ำกว่าร้อยละ 60.0) ซึ่งหลังจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยแล้ว นำมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำไปหาความเชื่อมั่นในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 ตัวอย่าง ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.71

วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยวิธีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistic) คือ เปรียบเทียบความรู้การป้องกันตนเองของ อสม. ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งพิจารณาความ

แตกต่างระหว่างกลุ่ม จากการวิเคราะห์สถิติ t-test โดยเทคนิค Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาวิจัย ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เมื่อวันที่ 22 กรกฎาคม 2564

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของ อสม. จังหวัดมหาสารคาม พบว่า อสม.ส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 37.50) รองลงมาอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 34.25) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.75 เพศชาย ร้อยละ 20.25 การศึกษาส่วนใหญ่ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 35.75 รองลงมาประถมศึกษา ร้อยละ 32.00 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ สมรส ร้อยละ 77.25 รองลงมาหม้าย ร้อยละ 12.25 ประสพการณ์ทำงาน (อสม.) ส่วนใหญ่ระหว่าง 10-19 ปี (ร้อยละ 39.00) รองลงมา ระหว่าง 0-9 ปี (ร้อยละ 29.00)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของ อสม. พบว่า อสม.ส่วนใหญ่ มีความรู้ด้านป้องกันโรค เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีระยะฟักตัว 3-14 วัน ร้อยละ 100 โรคที่เกิดจากเชื้อโควิด-19 ทำให้เสียชีวิตได้ ร้อยละ 98.00 โรคที่เกิดจากเชื้อโควิด-19 เป็นการติดเชื้อไวรัสตระกูลเดียวกับซาร์ส (SARs) และเมอร์ส⁽¹⁴⁾ ร้อยละ 90.25 และโรคที่เกิดจากเชื้อโควิด-19 มีความรุนแรงมาก ร้อยละ 86.25 ด้านมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการโรค พบว่า โรคที่เกิดจากเชื้อโควิด-19 จะมีไข้หรืออุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ร้อยละ 100 ผู้ที่เดินทางกลับจากประเทศกลุ่มเสี่ยง ควรกักตัวเพื่อสังเกตอาการ

14 วัน ร้อยละ 100 โรคที่เกิดจากเชื้อโควิด-19 ติดต่อผ่านทางละอองฝอยจากการสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย เวลาไอหรือจามรดกัน ร้อยละ 99.75 การไปอยู่ร่วมกันในสถานที่แออัด เช่น ตลาดห้างสรรพสินค้า ที่มีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 99.75 โรคที่เกิดจากเชื้อโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อได้ทันที ร้อยละ 98.00 และโรคที่เกิดจากเชื้อโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อจากสัตว์สู่คนได้ แม้ไม่มีอาการ ร้อยละ 76.00 ซึ่งอาจจะมีโอกาสเกิดขึ้นได้ มีความรู้ด้านมาตรการ DMHTTA ซึ่งตามมาตรการป้องกันโรค DMHTTA คือ เว้นระยะห่าง สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยๆ ตรวจวัดอุณหภูมิ และสแกนไทยชนะ/หมอชนะ ร้อยละ 98.75 และการสวมหน้ากากอนามัยเป็นการป้องกันเชื้อโควิด-19 และตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคม ร้อยละ 73.75 มีความรู้ด้านวัคซีน สาเหตุที่ประชาชนต้องฉีดวัคซีน คือ เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายให้มีความพร้อมสามารถใช้ต่อสู้กับเชื้อโรค ร้อยละ 100 อาการที่อาจเกิดขึ้นได้จากการฉีดวัคซีนโควิด-19 คือ มีไข้ ปวด หรือระคายเคืองบริเวณตำแหน่งที่ฉีด ปวดเมื่อยตามตัว ร้อยละ 99.75 ผู้ที่มีอายุ 18-60 ปี สามารถรับวัคซีนซิโนแวค ร้อยละ 99.25 ผู้ที่มีอาการข้างเคียงหลังจากรับวัคซีน สามารถกินยาพาราเซตามอลได้ แต่ไม่ควรกินยาแอสไพริน ร้อยละ 99.25 ข้อดีของวัคซีนชนิดเชื้อตายคือ ใช้เทคโนโลยีการผลิต ร้อยละ 95.00 วัคซีน คือ สารที่ฉีดเข้าไปสู่ร่างกายเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำมาจากเชื้อโรคที่ตายแล้ว หรือ ทำมาจากเชื้อโรคที่อ่อนแอจนไม่ทำให้เกิดโรคได้ โดยเมื่อฉีดวัคซีนเข้าสู่ตัวเราแล้วร่างกายเราก็จะสร้างภูมิคุ้มกันกับโรคนั้นขึ้นมาที่มีประสพการณ์และความมั่นใจในการใช้เป็นอย่างดี ร้อยละ 94.50

ในขณะเดียวกัน เมื่อฉีดวัคซีน ชิโนแวคเข็มแรกไปแล้ว อีก 3 วัน ต้องมาฉีดเข็มที่สอง ซึ่งมีใช้ระยะเวลาที่เหมาะสม ควรห่างจากเข็มแรก อย่างน้อย 3 เดือน ร้อยละ 93.00 และผู้ที่มิโรคประจำตัว สามารถฉีดวัคซีนโควิด-19 ได้ ร้อยละ 84.25

เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ระดับความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ของ อสม. พบว่า อสม. มีความรู้

ระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 245 คน (ร้อยละ 61.25) รองลงมา มีความรู้ระดับสูง (ข้อ 9.ที่เดินทางกลับจากประเทศกลุ่มเสี่ยง ควรกักตัวเพื่อสังเกตดูอาการ 14 วัน) จำนวน 145 คน (ร้อยละ 38.50) และมีความรู้ระดับต่ำ (ข้อ 19.เมื่อฉีดวัคซีนชิโนแวค (Sinovac) เข็มแรกไปแล้วอีก 3 วันต้องมาฉีดเข็มที่สอง) จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.25) ตามลำดับดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เรื่องโรคโควิด-19 (n = 400)

ระดับความรู้	ช่วงคะแนน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำ	0 – 11 คะแนน	1	0.25
ปานกลาง	12 -15 คะแนน	245	61.25
สูง	16 - 20 คะแนน	145	38.50
Mean = 15.59, S.D. = 1.37, Min = 11, Max = 20			

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ทักษะการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. พบว่า อสม.มีทักษะในการป้องกันโรคโควิด-19 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้านของตนเอง ร้อยละ 100 แนะนำการสังเกตอาการสำคัญให้กับผู้ถูกกักบริเวณ ร้อยละ 100 ออกเคาะประตูบ้าน ให้ความรู้และเผยแพร่สื่อความรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ร้อยละ 100 ประเมินอาการสำคัญทางโทรศัพท์หรือสอบถามญาติของผู้กักบริเวณ ร้อยละ 99.75 แนะนำการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้กับผู้ถูกกักบริเวณ ร้อยละ 99.75 แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวของคนภายในบ้านและเพื่อนบ้าน ร้อยละ 99.75 เป็นต้นแบบในการปฏิบัติตัวด้าน Social Distancing ให้กับประชาชน ร้อยละ 99.50 ให้ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ ตามวิถีชุมชน ร้อยละ 99.50 ควรสวมหน้ากากตลอดเวลา ลดการพูดคุย งดกินอาหารและเครื่องดื่มขณะเดินทาง ร้อยละ 99.50 ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ

ทั้งก่อนเข้าทำงาน ร้อยละ 99.00 ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์เมื่อจับสิ่งของทุกชนิด ร้อยละ 99.00 เปลี่ยนหน้ากากทันทีเมื่อออกจากสถานที่นั้นๆ ร้อยละ 98.25 จัดสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อมาตรการดังกล่าว ได้แก่ จัดระเบียบในตลาดสด ตลาดนัด (จัดเว้นระยะห่างในการยืนซื้อของ) ร้อยละ 97.25 สแกนแอปไทยชนะทุกครั้งที่เดินทางไปสถานที่ต่างๆ ร้อยละ 93.50 และสามารถเข้าไปประเมินตนเองได้ผ่านแอปพลิเคชัน “ไทยเซฟไทย” ร้อยละ 91.75 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ระดับทักษะในการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. พบว่า อสม. มีทักษะในการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง จำนวน 397 คน (ร้อยละ 99.25) มีทักษะในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.50) และมีทักษะในการป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 0.25 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับทักษะในการป้องกันโรคโควิด-19 (n = 400)

ระดับทักษะในการป้องกันโรคโควิด-19	ช่วงคะแนน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ต่ำ	0 – 8 คะแนน	1	0.25
ปานกลาง	9 – 11 คะแนน	2	0.50
สูง	12 – 15 คะแนน	397	99.25
Mean = 14.77, S.D. = 0.77, Min = 8, Max = 1			

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์หัตถบาททางสังคมของ อสม. พบว่า อสม. มีบทบาททางสังคมในการเป็น อสม. ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด-19 โดยแยกเป็นรายกิจกรรม ทั้งหมด 6 กิจกรรม คือ การจัดกิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาด จัดสภาพแวดล้อม ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ พบว่า ทำกิจกรรมนี้ ร้อยละ 98.25 และไม่ทำกิจกรรมนี้ ร้อยละ 1.75 เมื่อพิจารณาถึงความถี่ในการทำกิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาดและจัดสิ่งแวดล้อม พบว่า ทำ 1 ครั้ง ร้อยละ 34.10 ทำ 2 ครั้ง ร้อยละ 31.04 ทำ 3 ครั้ง ร้อยละ 25.95 ทำ 4 ครั้ง ร้อยละ 8.40 และ ทำ 5 ครั้ง ร้อยละ 0.51 การสอนประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนทำหน้ากากอนามัยจากผ้า พบว่า ทำกิจกรรม ร้อยละ 87.00 และไม่ทำกิจกรรมร้อยละ 13.00 เมื่อพิจารณาถึงความถี่ในการทำกิจกรรมสอนประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนทำหน้ากากอนามัยจากผ้า พบว่า ทำ 1 ครั้ง ร้อยละ 52.30 ทำ 2 ครั้ง ร้อยละ 23.56 ทำ 3 ครั้ง ร้อยละ 15.80 และ ทำ 4 ครั้ง ร้อยละ 8.33 การออกเคาะประตูบ้าน รณรงค์ให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร (กินร้อน ช้อนกลางส่วนตัว สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ เว้นระยะห่างทางสังคม) พบว่า ทำกิจกรรม ร้อยละ 99.25 และไม่ทำกิจกรรมร้อยละ 0.75 เมื่อพิจารณาถึงความถี่ในการทำกิจกรรมเคาะประตูบ้าน รณรงค์ให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร พบว่า ทำ

1 ครั้ง ร้อยละ 37.78 ทำ 2 ครั้ง ร้อยละ 27.96 ทำ 3 ครั้ง ร้อยละ 25.19 และ ทำ 4 ครั้ง ร้อยละ 9.07 การเคาะประตูบ้าน “ค้นให้พบจบใน 14 วัน” พบว่า ทำกิจกรรม ครบ 14 วัน ร้อยละ 98.00 และ ทำกิจกรรม ไม่ครบ 14 วัน ร้อยละ 2.00 อสม. ติดตามเยี่ยมสังเกตอาการที่บ้าน จนครบ 14 วัน พบว่า ทำกิจกรรม ครบ 14 วัน ร้อยละ 100 เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ในการติดตามเยี่ยมสังเกตอาการที่บ้าน จนครบ 14 วัน ครบทุกราย พบว่า ติดตามครบทุกราย ร้อยละ 100 และพิจารณาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ร่วมเป็น “ทีมอาสาโควิด-19” ระดับตำบล/ชุมชน โดยดำเนินการร่วมกับกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ ในฐานะเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อคณะกรรมการหมู่บ้านและบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ พบว่า อสม. มีบทบาทในการมีส่วนร่วมกับการคณะกรรมการหมู่บ้านและบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 100 อสม. กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตใหม่ ร่วมสร้างมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม พบว่า สามารถทำได้ ร้อยละ 100 และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมตามวิถีชีวิตใหม่และรักษาระยะห่างทางสังคม พบว่า สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น งานบุญ งานศพ งานแต่งงาน เป็นต้น ร้อยละ 96.50 เมื่อ

ไปวัด โรงเรียน สถานที่ราชการ ร้อยละ 91.00 และ ไปยังสถานประกอบการ ร้านค้า ร้านอาหาร เป็นต้น ร้อยละ 90.00 เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับ อสม. ว่าต้องการความรู้เรื่องอะไรบ้าง ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน พบว่า อสม. ต้องการความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ร้อยละ 98.00 ความรู้เกี่ยวกับบทบาท/หน้าที่ของ อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ ร้อยละ 95.00 ความรู้เกี่ยวกับระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในพื้นที่ ร้อยละ 93.00 ความรู้เกี่ยวกับวัสดุ/อุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 90.50 และความรู้เกี่ยวกับการประสานงานเครือข่ายในพื้นที่ ร้อยละ 89.75 และพิจารณาช่องทางที่เหมาะสมในการรับข้อมูล ความรู้ข่าวสารสำหรับการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน คือ มีการอบรมผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 100 และ เมื่อพิจารณาความถี่ในการอบรมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า อบรม 2 ครั้ง ร้อยละ 47.75 อบรม 1 ครั้ง ร้อยละ 32.25 อบรม 3 ครั้ง ร้อยละ 13.25 อบรม 5 ครั้ง ร้อยละ 4.25 และ อบรม 4 ครั้ง ร้อยละ 2.50 นอกจากนี้ อสม. ยังได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ เช่น Line, Facebook, TV ร้อยละ 99.50 และ อสม. ศึกษา

ด้วยตนเองผ่านเครื่องมือที่กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาขึ้น เช่น App. Smart อสม. หรือ แอปพลิเคชันอื่นๆ ร้อยละ 85.25

ผลการเปรียบเทียบความรู้และทักษะในการป้องกันโรคโควิด-19 และบทบาททางสังคมของ อสม. ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ซึ่งพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่ม จากการวิเคราะห์สถิติ t-test โดยเทคนิค Independent t-test พบว่า

อสม. ที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.369, p > 0.05$) อสม. ที่มีเพศต่างกัน มีความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.068, p > 0.05$) อสม. ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.740, p > 0.05$) ในขณะเดียวกัน อสม. ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีความรู้เรื่องโรคโควิด-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.066, p < 0.05$) และ อสม. ที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน จะมีความรู้เรื่องโรคโควิด-19 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.273, p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไปกับความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ($n = 400$)

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	Mean±S.D.	Mean Difference (95% CI of Mean Difference)	t	p-value
อายุ น้อยกว่า 60 ปี	313	15.57±1.37	0.10 (-0.23 ถึง 0.43)	1.369	0.172
มากกว่าเท่ากับ 60 ปี	87	15.67±1.39			
เพศ ชาย	81	15.44±1.23	0.18 (-0.15 ถึง 0.52)	1.068	0.286
หญิง	319	15.62±1.41			

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	Mean±S.D.	Mean Difference (95% CI of Mean Difference)	t	p-value
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	128	15.78±1.62	-0.28 (-0.60 ถึง 0.04)	-1.740	0.083
มากกว่าประถมศึกษา	272	15.50±1.23			

อสม. ที่มีอายุต่างกันแสดงทักษะในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.676, p > 0.05$) อสม. ที่มีเพศต่างกันมีทักษะในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.968, p > 0.05$) อสม. ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีทักษะในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($t = -0.164, p > 0.05$) อสม. ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีทักษะในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.677, p > 0.05$) และ อสม. ที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน มีทักษะในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.823, p > 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไปกับทักษะในการป้องกันโรคโควิด-19 (n = 400)

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	Mean±S.D.	Mean Difference (95% CI of Mean Difference)	t	p-value
อายุ น้อยกว่า 60 ปี	313	14.78±0.67	-0.08 (-0.32 ถึง 0.16)	-0.676	0.500
มากกว่าเท่ากับ 60 ปี	87	14.70±1.07			
เพศ ชาย	81	14.68±0.93	0.11 (-0.11 ถึง 0.33)	0.968	0.335
หญิง	319	14.79±0.73			
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	128	14.77±0.64			
มากกว่าประถมศึกษา	272	14.76±0.83	-0.01 (-0.16 ถึง 0.14)	-0.164	0.870
สถานภาพสมรส					
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	91	14.81±0.76	-0.06 (-0.24 ถึง 0.12)	-0.677	0.499
สมรส	309	14.75±0.78			
ประสบการณ์ในการทำงาน					
0 – 9 ปี	116	14.66±0.80	0.15 (-0.01 ถึง 0.32)	1.823	0.069
มากกว่าเท่ากับ 10 ปี	284	14.81±0.76			

อสม. ที่มีอายุต่างกัน แสดงบทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรค

โควิด-19 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.059, p > 0.05$) อสม. ที่มีเพศต่างกัน มีบทบาท

ทางสังคมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-0.319, p>0.05$) อสม. ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีบทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.547, p>0.05$) อสม. ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีบทบาททางสังคมของ

อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-1.174, p>0.05$) ขณะที่ อสม. ที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกัน จะแสดงบทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.901, p<0.05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยข้อมูลทั่วไปกับบทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 (n=400)

ปัจจัยส่วนบุคคล	N	Mean±S.D.	Mean Difference (95% CI of Mean Difference)	t	p-value
อายุ น้อยกว่า 60 ปี	313	5.82±0.47	0.01 (-0.11 ถึง 0.11)	0.059	0.953
มากกว่าเท่ากับ 60 ปี	87	5.83±0.41			
เพศ ชาย	81	5.84±0.44	-0.02 (-0.13 ถึง 0.09)	-0.319	0.750
หญิง	319	5.82±0.47			
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	128	5.77±0.47	0.08 (-0.02 ถึง 0.17)	1.547	0.123
มากกว่าประถมศึกษา	272	5.85±0.45			
สถานภาพสมรส					
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	91	5.87±0.37	-0.06 (-0.15 ถึง 0.04)	-1.174	0.242
สมรส	309	5.81±0.48			
ประสบการณ์ในการทำงาน					
0 – 9 ปี	116	5.70±0.62	0.18 (0.06 ถึง 0.30)	2.901	0.001*
มากกว่าเท่ากับ 10 ปี	284	5.88±0.36			

* ที่นัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์สมรรถนะ อสม. ด้านความรู้เรื่องโรคโควิด-19 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า อสม. ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี อายุมากกว่าเท่ากับ 60 ปี อสม. เป็นเพศชายและเพศหญิง อสม.

ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และ อสม. ที่มีการศึกษามากกว่าระดับประถมศึกษา มีความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.369, p>0.05$), ($t=1.068, p>0.05$), และ

($t = -1.740, p > 0.05$) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ัญญาสิริ ันยสวัสดิ์ และคณะ⁽⁹⁾ อธิบายว่า อสม. มีความสามารถในการปฏิบัติงานจัดการสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนอยู่ในระดับสูง มีความรู้ ในการดำเนินงานอย่างดี รับรู้ความสามารถใน การปฏิบัติงานของตนเอง และได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์ ที่ดีกับผู้นำท้องถิ่น เพศและอายุ ไม่มีความสัมพันธ์ ต่อความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เรียนรู้และม ีความเข้าใจโรคโควิด-19 และสอดคล้องกับผลงาน วิจัยของ อัมพร จันทวิบูลย์ และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่อธิบาย ว่า การพัฒนากลไกการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 การตอบโต้ความเสี่ยง มาตรการเฝ้าระวัง การสื่อสารประชาชนปรับพฤติกรรมในการป้องกัน และลดความเสี่ยงการติดโรคโควิด-19 และผล งานวิจัยของ นิพนธ์ สารรัมย์⁽¹⁶⁾ ได้เสนอแนะว่า การที่ อสม. มีความรู้โรคอยู่ในระดับดีทำให้มี ทักษะที่ดี นำความรู้เกี่ยวกับโรคใช้ในการปฏิบัติ หน้าที่และถ่ายทอดให้แก่ประชาชนได้ถูกต้อง อสม. ที่มีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ และ อสม. ที่มีสถานภาพสมรส อสม. ที่มีประสบการณ์ ในการทำงาน 0-9 ปี และอสม.ที่มีประสบการณ์ ในการทำงานมากกว่าเท่ากับ 10 ปี มีความรู้เรื่อง โรคโควิด-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.066, p < 0.05$) และ ($t = -2.273, p < 0.05$) สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา และคณะ^(5,12) ที่ได้อธิบายว่า โรค โควิด-19 เป็นอุบัติการณ์ที่แตกต่างจากที่ผ่านมา จึงทำให้ อสม. มีบูรณาการทำงานร่วมกับ หน่วยงานทางการแพทย์ที่ต้องเฝ้าระวัง คัด กรอง ติดตามใกล้ชิด ประสบการณ์ในการเป็น อสม. สำคัญต่อการปฏิบัติงาน ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ มาเป็นเวลานาน สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ

อำนาจ เนียมหมื่นไวย⁽¹⁷⁾ อธิบายว่า อสม. ที่มี ประสบการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ จะมีความรู้ ความเข้าใจ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ การควบคุม การป้องกัน การเฝ้าระวังโรคได้ดี สามารถจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ ใช้สารสนเทศ และตัดสินใจเลือกปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น อสม. ที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเชิงประสบการณ์ จะสามารถยกระดับความสามารถในการปฏิบัติ งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถใช้เครื่องมือ ทางการแพทย์ได้ มีความรู้ในการตรวจสุขภาพ ประชาชน ให้คำแนะนำความเสี่ยงการเกิดโรคได้ มากกว่า อสม. ที่มีประสบการณ์น้อย

ผลการวิเคราะห์สมรรถนะ อสม. ด้าน ทักษะการป้องกันโรคโควิด-19 จำแนกตามปัจจัย ส่วนบุคคล พบว่า อสม. ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และ อสม. ที่มีอายุมากกว่าเท่ากับ 60 ปี อสม. เพศชายและเพศหญิง อสม. ที่มีการศึกษาระดับ ประถมศึกษา และ อสม. ที่มีการศึกษามากกว่า ระดับประถมศึกษา อสม. ที่มีสถานภาพโสด/ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ และ อสม. ที่มีสถานภาพ สมรส และ อสม. ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 0-9 ปี และ อสม. ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน มากกว่าเท่ากับ 10 ปี มีทักษะการป้องกันโรค โควิด-19 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.676, p > 0.05$), ($t = 0.968, p > 0.05$), ($t = -0.164, p > 0.05$), ($t = -0.677, p > 0.05$), และ ($t = 1.823, p > 0.05$) สอดคล้องกับผลงานวิจัย ของหทัยรัตน์ สุนทรสุข และนางนวล พลุเกสร^(5,18) ที่อธิบายว่า อสม. มีทักษะในการป้องกันโรค โควิด-19 ในรูปแบบเครือข่ายเฝ้าระวังร่วม คัดกรองเบื้องต้นตามมาตรการคัดกรองและการ เฝ้าระวังโรค สอดคล้องกับผลงานวิจัยของกนกวรรณ พวงประยงค์^(5,19) ที่ว่า ทั้งเพศชายและเพศหญิง มี

ทักษะในการป้องกันโรคไม่แตกต่างกันและยังมีจิตอาสาในการเป็นตัวแทนทำให้มีพฤติกรรมจิตอาสาของบุคคลเกิดขึ้นในสังคม สอดคล้องกับผลงานวิจัยของสิริกาญจน์ กระจำนโพธิ์⁽²⁰⁾ ที่ระบุว่าเมื่อ อสม. ได้เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรค โควิด-19 และมีความเชื่อในด้านการดูแลสุขภาพมากขึ้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรค มีวิธีเลือกแนวทางปฏิบัติตนที่ดีจากโรคโควิด-19 ได้ และผลงานวิจัยของ วิทยา ชินบุตร และนภัทร ภักดีสรวิชัย^(5,21) อธิบายว่า ทักษะการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ที่มีเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และวิธีการได้รับคัดเลือกเป็น อสม. ไม่แตกต่างกัน สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันและติดตามโรคโควิด-19 ได้ในระดับมาก และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เกิดการตื่นตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างถูกวิธี และผลงานวิจัยของพัชรภา กาญจนอุดม และคณะ⁽²²⁾ อธิบายว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. ไม่ได้มีผลต่อทักษะการป้องกันโรค แต่สิ่งที่มีผลต่อทักษะการป้องกันโรคของ อสม. คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกด้านพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นแบบอย่างที่ดี และปัจจัยด้านระยะเวลาการเป็น อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน แสดงให้เห็นว่า ทักษะการในการป้องกันโรคจะผลักดันให้ อสม. ปฏิบัติหน้าที่ได้ดีหากได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผลการวิเคราะห์สมรรถนะ อสม. ด้านบทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า อสม. ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และ อสม. ที่มีอายุมากกว่า

เท่ากับ 60 ปี อสม. เพศชายและเพศหญิง อสม. ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และ อสม. ที่มีการศึกษามากกว่าระดับประถมศึกษา และ อสม. ที่มีสถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ และ อสม. ที่มีสถานภาพสมรส มีบทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันโรคและควบคุมโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.059, p > 0.05$) ($t = -0.319, p > 0.05$) ($t = 1.547, p > 0.05$) และ ($t = -1.174, p > 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของวิชัย ศิริวรวัจน์ชัย^(5,23) ซึ่งให้เห็นว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลักที่แตกต่างกัน สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 ได้ไม่แตกต่างกัน ผลงานวิจัยของวิณาพร สำอางศรี และคณะ⁽²⁴⁾ อธิบายว่า อสม. ที่ได้รับการพัฒนาความรู้เข้าใจถึงที่สุด จะมีการลงมือทำงานมากขึ้น รู้เท่าทันสถานการณ์ มีการทำงานเป็นทีมเครือข่ายความร่วมมือและจัดทำกิจกรรมร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำให้ อสม. มีบทบาทที่ชัดเจน และมีสมรรถนะตามเกณฑ์ นอกจากนี้ ผลการวิจัยของยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์⁽²⁵⁾ ระบุว่า บทบาทของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุข จากการเผชิญความเครียด การสูญเสียในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีผลกระทบต่อจิตใจค่อนข้างมาก อสม. จึงเปลี่ยนบทบาทจากการควบคุมโรคมาเป็นการฟื้นฟูสุขภาพจิตใจในช่วงสถานการณ์ผ่อนคลาย เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตตามแนวทางปกติใหม่ได้ ในขณะที่ อสม. ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน 0-9 ปี และ อสม. ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน มากกว่าเท่ากับ 10 ปี มีบทบาททางสังคมของ อสม. ในการป้องกันโรคและควบคุมโรค

โควิด-19 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.901, p < 0.05$) สอดคล้องกับศุภกัญญา ภวังค์ คะรัต และคณะ⁽²⁶⁾ ที่ได้อธิบายว่า บทบาทของ อสม. ในการจัดการของชุมชน เพื่อมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน ตามมาตรการการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการจัดการกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในพื้นที่ พบว่าในช่วงเวลาปิดเมืองและผ่อนปรนนั่น อสม. มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่ง อสม. และประชาชนจะมีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับสูงในช่วงปิดเมืองมากกว่าช่วงผ่อนปรน และเมื่อสถานการณ์เริ่มดีขึ้น พฤติกรรมเหล่านั้นจะค่อยๆ ลดลง สอดคล้องกับผลงานวิจัยของกิตติพร เนาวิสุวรรณ์ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ระบุว่า ระยะเวลาการทำงาน ของ อสม. จะทำให้ความสามารถในการทำงานควบคุมโรคโควิด-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และผลงานวิจัยของ ณัฐพงษ์ เสงี่ยมกุล และยุทธนา แยกคาย⁽²⁷⁾ ชี้ให้เห็นว่าวิธีการคัดเลือก อสม. มักจะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ทำให้ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีในการปฏิบัติงานและภูมิใจในบทบาทที่ได้รับ

สรุป

จากการศึกษา พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ระหว่าง 51-60 ปี เป็นเพศหญิง การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สถานภาพสมรสแล้ว และประสบการณ์ในการทำงานของ อสม. อยู่ระหว่าง 10-19 ปี จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า อสม. มีสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 จากผลการศึกษาการมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านระดับทักษะในการป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง

มาก และด้านระดับบทบาททางสังคมของ อสม. ในภาพรวมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้กับ อสม. โดยเลือกใช้ช่องทางในการจัดกิจกรรมให้เหมาะสม กิจกรรมที่หลากหลาย ครอบคลุมการส่งเสริมสมรรถนะทุกด้าน
2. การพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะของ อสม. ซึ่ง อสม. ควรได้รับการคัดเลือกมาจากผู้ที่มีประสบการณ์ มีความรู้ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีทางด้านสาธารณสุข และเป็นที่ยอมรับโดยชุมชนเป็นสำคัญ มากกว่าคุณสมบัติอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data. [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 21]. Available from: <https://covid19.who.int/>
2. World Health Organization. Coronavirus. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hsscovid.com/files> การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคโควิด-19.pdf
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณี การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. 2564.

5. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค แจงการจัดสรรวัคซีนในแต่ละกลุ่มอายุเป็นไปตามหลักฐานทางวิชาการและความปลอดภัย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/163750/>
6. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaiphc.net/new2020/content/1>
7. อนุชิต ไกรวิจิตร. เปิดผลสำรวจคนจนเมืองในภาวะวิกฤตโควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 13 ก.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://thestandard.co/corona-virus-240263-3/>
8. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. วิวัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521–2557). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521–2557). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521–2557).
9. ธัญญาสิริ ฉันทสวัสดิ์ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและประเมินผลอุบลราชธานี 2562;8(1):3-10.
10. ภูติ เทชาติวัฒน์ และคณะ. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: รายงานการวิจัยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2563.
11. กิตติพร เนาวสุวรรณ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2563;14(2):92–103.
12. สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา และคณะ. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขไทย. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ 2564;7(2):80-97.
13. Bloom BS. Human Characteristic and School Learning. New York: McGraw-Hill; 1976.
14. Sommers BD, Long SK, Baicker K. Changes in mortality after Massachusetts health care reform: A quasi-experimental study. Annals of Internal Medicine; 2014.
15. อัมพร จันทวิบูลย์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอัตราากำลังพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย: กรณีศึกษาจังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;28(6):1130-1142.
16. นิพนธ์ สารรัมย์. ศึกษาการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลกรรณ อำเภอยะผิง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ 2563;4(1):15-25.

17. อำนวย เนียมหมื่นไวย. ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส.ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้กจัดการสุขภาพชุมชนอำเภอบ้านเหลื่อม จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ 2561;4(1):78-92.
18. หทัยรัตน์ สุนทรสุข, นงนวล พูลเกษร. ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคโควิด-19 และผลกระทบของการระบาดต่อประชาชน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2563;11(1):13-29.
19. กนกวรรณ พวงประยงค์. สถานการณ์ผลกระทบความต้องการการช่วยเหลือและการปรับตัวของคนวัยทำงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19: กรณีศึกษาเชิงประจักษ์ในกรุงเทพมหานคร. วารสารสิทธิปริทัศน์ 2564;35(1):266-286.
20. สิริกาญจน์ กระจำงโพธิ์. ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ห้วเฉี่ยวเฉลิมพระเกียรติ 2563;7(2):61-71.
21. วิทยา ชินบุตร, นภัทร ภักดีสรวิชัย. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ 2564;6(2):304-18.
22. พัชราภา กาญจนอุดม และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2563;21(40):34-45.
23. วิชัย ศิริวรวิจันชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภออุ้มผาง จังหวัดน่าน. มหाराชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2564;4(2):63-75.
24. วิณนพร สำอางศรี และคณะ. รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชนเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุพนธ์ณ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2563;15(3):187-98.
25. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. การดำเนินงานสุขภาพจิตภายใต้วิกฤตโควิด 19 ของประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563;28(4):280-291.
26. ศุภกชญา ภาวักะรัต และคณะ. การศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. กรุงเทพฯ: กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. รายงานการวิจัย; 2563.
27. ณัฐพงษ์ เสงี่ยมกุล, ยุทธนา แยกคาย. ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเขตเมือง จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563;29(2):314-322.